

Körper, Leib und Leben: wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten

Langenbach, Michael; Koerfer, Armin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Langenbach, M., & Koerfer, A. (2006). Körper, Leib und Leben: wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 7(2), 191-216.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-277944>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Michael Langenbach, Armin Koerfer

Körper, Leib und Leben

Wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten

Body, lived body and life

Scientific and practical traditions of the medical perspective on patients

Zusammenfassung:

Der ärztliche Blick auf den Patienten wird heute stark bestimmt durch Forschungsparadigmata, die mit operationalisierenden Methoden weitgehend generalisierbare und vom Einzelfall abstrahierte Hypothesen prüfen und anwenden lassen. Dadurch entstand eine eigentümliche Leibferne der modernen Medizin, die traditionelle Auseinandersetzungen mit Leib und Krankheit in Vergessenheit geraten ließ. Der menschliche Leibbezug war aber im 20. Jahrhundert Gegenstand einer Reihe von phänomenologischen, anthropologischen, existenzialistischen sowie spezifisch medizinischen Ansätzen, von denen im Folgenden einige in ihren Grundzügen skizziert und zur Diskussion gestellt werden sollen. Diese Traditionen, die sich vor allem durch einen sprachbezogenen Verständnisansatz auszeichnen, bleiben relevant für den klinischen Zugang zum Patienten und die weitere Behandlungspraxis, für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Gesundheitsberufen sowie für die spezifische Forschung zu Themen der Krankheitsverarbeitung und der Psychosomatik.

Schlagworte: biographisch-narrative Medizin, Leib, Körper, Seele, Selbst

Abstract:

The medical perspective on patients today is dominated by criteria of strictly operationalized and abstract hypothesis-guided research. Modern methods have led medicine to abandon an understanding of the lived body in its biographical context, while traditions that take account of the interrelation of subjective body experience and disease have fallen into oblivion. However, in the 20th century, the relation between subjective experiences and lived body has been the object of substantial phenomenological, anthropological, existentialistic, and medical approaches, as outlined in this paper. These traditions, with a reference to language as their outstanding characteristic, are still relevant for clinical practice, training in medical professions, and research on coping with disease and psychosomatics.

Keywords: biographical-narrative medicine, lived body, body, psyche, self

1. Körperbilder und Selbstbilder

Als die Sozial- und Persönlichkeitspsychologen Paul Secord und Sidney Jourard vor über fünfzig Jahren eine Studie zur psychophysischen Korrelation von Körperbesetzung und Selbsterleben vorlegten, konnten sie zeigen, dass die subjektiven Bewertungen von Körper und Selbst miteinander konkordant waren. So entsprach der Akzeptanz von wesentlichen Aspekten des eigenen Körpers ein zufriedenes Erleben des Selbst, während eine negative Körperbesetzung und eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper mit Unsicherheit und Angst, gepaart mit vermehrter Beschäftigung mit Schmerz und Krankheit, einherging (vgl. Secord/Jourard 1953). Diese experimentelle Studie, die im *Journal of Consulting Psychology* erschien, ist ein früher, gruppenstatistisch gewonnener Beleg dafür, dass die Sphären von Körper und Psyche und ihre subjektive Bewertung in engem Zusammenhang miteinander stehen, was die aufkommende Psychosomatik zwar damals ständig behauptete, was aber in Psychiatrie, Psychotherapie und akademischer Psychologie keine wichtige Rolle spielte.

Dabei griff die Untersuchung von Secord und Jourard mit der Entwicklung und Verwendung der body-cathexis-scale auf Paul Schilders Modell des Körperbildes (vgl. Schilder 1935) und die psychoanalytische Theorie der Besetzung und ihre These zurück, dass Objekte mit psychischer Energie „aufgeladen“ werden und damit eine affektive Bedeutung bekommen.¹ Secord und Jourard hatten ihren Fragebogen im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsforschung entwickelt, unter der Prämisse, dass die „individuelle persönliche Welt“ ganz entscheidend auch von den subjektiven Einstellungen und Einschätzungen dem eigenen Körper gegenüber geprägt werde, und in der Hoffnung, damit objektiv die Bedeutung des Körpers und einzelner Körperteile für die Zufriedenheit eines Individuums beschreiben zu können (vgl. Secord/Jourard 1953).

Während die body-cathexis-scale mit ihrer Korrelation zur self-cathexis-scale bei allen methodisch bedingten Verkürzungen immerhin noch eine Möglichkeit bot, das Körpererleben mit Selbsterleben und biographischen Erfahrungen in Beziehung zu setzen, nahm die klinische Forschung zum Körperbild ganz überwiegend einen anderen Verlauf. Im Bemühen, stärker operational definierte Konstrukte zu benutzen, die sich z. B. für angewandte Therapiestudien nutzbar machen ließen, traten überindividuelle Kategorien wie Körperwahrnehmung, Körperbeschwerden oder Körperaktivierung in den Vordergrund (vgl. Maurer 1987). So zeigt sich auch die moderne Coping-Forschung überwiegend orientiert an operational definierten Kategorien und Konzepten. Diese sichern zwar den Anschluss an die Forschungsstandards der somatischen Fächer mit dem Idealtypus der kontrolliert-randomisierten Studie, allerdings um den Preis der Entfernung vom untersuchten Individuum. Wenn z. B. in der Untersuchung von Scherer u. a. (2006) durch multiple lineare Regression von mit einer Fragebogenbatterie (HADS, FKV, FSozÜ, DS-14) gewonnenen Daten belegt werden kann, dass ca. 20% der Varianz der subjektiven Beeinträchtigung durch eine Herzinsuffizienz durch soziodemographische Variablen wie Geschlecht und Alter und psychologische Variablen wie Depressivität und Ängstlichkeit vorhergesagt werden kann, so kann mit einer dem somatischen Kliniker vertrauten Methodik eine wichtige Botschaft an Allgemeinmediziner und Internisten formuliert werden, nämlich dass psychische Belastung als ein wichtiger Faktor in der Diagnostik und Behandlung herzinsuffizienter Patienten berücksichtigt werden sollte.

In ähnlicher Weise haben wir in einer Untersuchung nachweisen können, dass die Varianz der Belastung durch chronischen Tinnitus zu über 50% von psychosozialen und Persönlichkeitsfaktoren abhängt (vgl. Langenbach u. a. 2005). Diese Daten können z. B. von HNO-Ärzten verstanden und aufgegriffen werden. Wie solche „psychosozialen Faktoren“ aber in Leben und Leib eingreifen, wie sie mit dem persönlichen Lebensgefühl interagieren und welche Rolle biographische Bezüge dabei spielen, das bleibt bei diesen Untersuchungen aus methodischen Gründen ungefragt. Die Fragestellung nach der individuellen Verschränkung von Leib und Leben benötigt individuell-biographisch orientierte Ansätze, wie sie z. B. in der philosophisch-anthropologischen Tradition entwickelt wurden und in der deutschen Tradition der psychiatrischen Praxis auch einflussreich waren, z. B. bei Jaspers oder Binswanger. Heute sind diese Ansätze in der Medizin leider zunehmend in Vergessenheit geraten und bleiben bei aktuellen Forschungsansätzen weitgehend unberücksichtigt, wenngleich es dadurch zu Defiziten und Diskrepanzen in der alltäglichen Versorgungspraxis kommt.

So erklärt Thure von Uexküll (2001) die aktuelle „Krise der Medizin“ mit der Entwicklung von zwei „Modellen für den Körper“, in deren Folge auch „zwei verschiedene Bilder vom Menschen“ entstanden seien, das „offizielle“ und das „inoffizielle“ Modell. Das „offizielle Modell“, das an den Universitäten gelehrt werde, konzeptualisiere den Körper als ein „hochkomplexes System aus physikalischen und biochemischen Prozessen, deren Natur und Funktionen wir bis in die molekularen Zusammenhänge immer genauer kennen lernen“. Das „inoffizielle Modell“ werde zwar nicht an den Fakultäten gelehrt, sei aber für den Arzt unabdingbar, um zu verstehen, „wovon seine Patienten sprechen, wenn sie über Schmerzen, Übelkeit und andere körperliche Probleme klagen“ (Uexküll 2001, S. 129).

Es geht nachfolgend nicht darum, diese beiden Modelle für den Körper gegeneinander auszuspielen, sondern sie und ihre entsprechenden Bilder vom Menschen zu integrieren.² Die verschiedenen Sichtweisen auf den Patienten haben ihre Berechtigung, müssen aber ins rechte Verhältnis gerückt werden. Die Vereinseitigung des in den medizinischen Fakultäten „offiziell gelehrt“ Körpermodells ist aufzuheben und seine Defizite durch das „inoffizielle“, aber praktisch wirksame Körpermodell beim ärztlichen Handeln zu kompensieren, das sich seinerseits auf eine Reihe von wissenschaftlichen Traditionen rückbesinnen kann, die neben der körperlichen Existenz des Menschen seine leibliche Existenz betont haben. Unter dem Thema des Leibbezuges hatten sich im 20. Jahrhundert eine Reihe von phänomenologischen, anthropologischen, existenzialistischen sowie psychosomatischen Ansätzen herausgebildet, von denen im Folgenden einige wenige in ihren Grundzügen skizziert werden sollen, um sie, gewissermaßen als kompensatorischen Gegenentwurf zur vorherrschenden Ordnung, erneut zur Diskussion zu stellen.³

2. Der traditionelle Leibarzt und die moderne Medizin

Bei der traditionellen Unterscheidung von Leib und Körper hilft uns nach Gadamer die Sprache:

„Wenn wir das Wort Leib gebrauchen, dann haben wir mit einem nie ganz erloschenen Sprachgefühl eine unmittelbare Assoziation an ‚life‘, an Leben. ‚Leib und Leben‘ ist etwas

anderes als das, was man messen kann. Dagegen entzieht sich ‚Körper‘, in dem weiteren Bedeutungsumfang des Wortes, dem durchaus nicht, was man durch Objektivierung feststellen und messen kann“ (Gadamer 1993, S. 169; vgl. 1993, S. 96 und 178).

Hier werden zwei Perspektiven der ärztlichen Profession angesprochen, die gelegentlich mit der nicht unproblematischen Unterscheidung von *Arzt* und *Mediziner* bzw. *Praktiker* und *Wissenschaftler* identifiziert werden. Bei dem Versuch, das Dilemma des (Haus-)Arztes zu beschreiben, den individuellen Patienten als Einzelfall durch Orientierung an den experimentellen, exakt messenden und quantifizierenden Wissenschaften behandeln zu müssen, rekurriert Gadamer erneut auf die Sprache und

„das allgemeine Verhältnis von Gesetz und Fall (...) Etwas ist ein Fall einer Gesetzmäßigkeit. Ist dieser auch schon der ‚Fall‘ des Patienten? Für den Patienten, den Leidenden, zeigt sich sein ‚Fall‘ von einer ganz anderen Seite. Sein ‚Fall‘ ist als erstes ein Ausfall, ein Herausgefallen-Sein aus den Lebensbezügen, in denen er als ein tätiger und arbeitender Mensch lebte. Auch für den Arzt ist der ‚Fall‘ des Patienten etwas ganz anderes, als für die Wissenschaft der Fall eines Gesetzes ist. In dem Wort liegt sozusagen beides: auf der einen Seite der Sonderfall der Regel und auf der anderen Seite der Krankheitsfall, der eine ganz andere Problematik von Lebenswirklichkeit darstellt und die Ausnahmesituation des Kranken bildet“ (Gadamer 1993, S. 125).

Um diese besondere Problematik des Kranken überhaupt erfassen zu können, muss der Arzt die wissenschaftliche Fallperspektive mit der Perspektive des Patienten als Person in Einklang bringen.

„In beiden Perspektiven sind wir Partner einer uns alle tragenden Lebenswelt. Und die Aufgabe, die uns allen als Menschen gesetzt ist, heißt, in dieser Lebenswelt unseren Weg zu finden und unsere wirklichen Bedingtheiten anzunehmen. Dieser Weg enthält für den Arzt die doppelte Verpflichtung, seine hochspezialisierte Könnerschaft mit der Partnerschaft in der Lebenswelt zu vereinen“ (Gadamer 1993, S. 132).

Diese Verdopplung der ärztlichen Pflichten lässt sich über Gadamer hinaus weiter konkretisieren. Die angemahnte „Partnerschaft in der Lebenswelt“ ist nicht nur in der Arzt-Patient-Beziehung und im ärztlichen Gespräch herzustellen und zu pflegen (vgl. u.), sondern selbst zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung zu machen, die sich sowohl qualitativer als auch quantitativer Verfahren bedient. In dieser Hinsicht ist die Medizin nicht nur als *Naturwissenschaft*, sondern als *Lebenswissenschaft* aufzufassen, wie dies bereits Viktor von Weizsäcker (1940) betont hat. Diese Perspektive ist in traditionellen Professionsbildern vom Arzt ohnehin schon angelegt gewesen und nur durch die Spezialisierung und Vereinseitigung als *Körpermedizin* aufgegeben worden. Auch hierüber legt uns die Sprache ein Zeugnis ab, indem sie das Bedeutungsspektrum ärztlichen Handelns mit einer alten Berufsbezeichnung auf den Begriff bringt: Der Zusammenhang von *Leib* und *Leben* leitet sich wortgeschichtlich von derselben Wurzel ab: frühneuhochdeutsch bedeutete *Leib* auch *Person*, was sich bis heute in der Fügung „Leibarzt“ erhalten hat (vgl. Kluge 1999). Wenn vom Leib die Rede ist, so wird dabei meist im Gegensatz zur Rede vom Körper gerade auf das Lebendige und seine Erfahrung und Geschichte abgehoben. Leiblichkeit bedeutet dabei „eine umfassende Sphäre, die der cartesianischen Trennung in Geist- und Körpersphäre vorausliegt“ (Waldenfels 1999, S. 19).

Leibärzte aber sind ein Anachronismus geworden – der objektivierende Blick auf den Körper beherrscht nicht nur die Medien unserer Alltagskultur, sondern auch die zunehmende „Vernaturwissenschaftlichung“ der Medizin in den letzten

drei Jahrhunderten (vgl. Alheit u. a. 2002). Dabei blendet eine rein körperzentrierte Krankheitsauffassung die Zusammenhänge mit psychosozialen Faktoren und individuellen Erlebnisweisen konsequent aus, das Leibliche wird in seiner Erfahrungsdimension verdrängt zugunsten des manipulierbaren und objektivierbaren Körpers (vgl. Alheit u. a. 2002). Zwar macht die heute gängige Coping-Forschung den Versuch, die psychosoziale Seite in den Bereich der medizinischen Forschung zurückzuholen. Jedoch geschieht dies ganz überwiegend in gruppenstatistischen Designs, die auf überindividuelle Zusammenhänge abheben, wobei Biographisches am Rande liegen bleibt. Damit ergeben sich aber bei den Ergebnissen so genannte Zufriedenheitsparadoxien, die zeigen, dass objektive Personenmerkmale nur 10-15 % der Varianz der empfundenen Lebensqualität aufklären, während die übrige Varianz abhängig von subjektiven Sinnzuschreibungen ist (vgl. Herschbach 2002; Frommer/Rennie 2006).

Während die Psychoanalyse Sigmund Freuds das Subjekt der Erkrankung noch zum wesentlichen Akteur seiner Heilung erhoben und damit gerade der Sinnhaftigkeit biografischer Erfahrungen einen wichtigen, wenn nicht den Hauptplatz, in der Heilungsgeschichte zugewiesen hatte, um Krankheit in „gemeines Unglück“ zu verwandeln, wird in der modernen Medizin den Konflikten, dem Verstehen von Lebenszusammenhängen und Sozialisationsbedingungen und damit der Integration von Krankheit und Störung in ein Leben nur ungenügend Raum gegeben. John O'Neill hatte in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gefordert, der Körper müsse nicht nur ein Objekt biomedizinischer Tätigkeit und Forschung sein, sondern auch ein Forschungsgegenstand der Sozialwissenschaften, da physischer Körper und kommunikativer Leib miteinander untrennbar verbunden seien: „re-think institutions with our bodies“ (O'Neill 1985, S. 18).

Die Leibhaftigkeit der Erfahrung ist seit den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts vermehrt zum Gegenstand von Untersuchungen von Anthropologen, Philosophen und Biologen geworden und hat Einfluss auf die Medizin genommen, besonders auf die Psychiatrie und die frühen Anfänge der Psychosomatik. Die Erträge dieser Jahre sind aber weitgehend in Vergessenheit geraten, teils weil die philosophische Anthropologie als ahistorisch kritisiert worden ist (vgl. Dux 2000), teils wegen der erwähnten Tendenzen der „Vernaturwissenschaftlichung“ nach dem „offiziellen Körpermodell“, wodurch eine einseitige „Lösung“ des Leib-Seele-Problems in der Medizin nahe gelegt wird.

3. Perspektiven des Leib-Seele-Problems

Das *Leib-Seele-Problem* beginnt nicht erst mit Descartes' neuzeitlichem Dualismus von *res extensa* und *res cogitans* und ist auch kein bloß philosophisches Problem, sondern berührt unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen. Es lässt sich von der modernen neurowissenschaftlichen Hirnforschung bis in die Antike zurückverfolgen (vgl. Popper/Eccles 1977/89; Eccles 1994; Roth 2001). Es erfasst so unterschiedliche theoretische und empirische Wissenschaften wie Philosophie, Medizin, Soziologie, Psychologie, Theologie usw., die sich dem Thema eines wie immer gear teten *anthropologischen Dualismus* nicht entziehen können (vgl. Weiner 1986; Uexküll/Wesiack 1988; Weiner 1998; Bieri 1993; Fuchs 2000). Insgesamt wird mit dem Leib-Seele-Problem oft eine Reihe von Gegensatzpaaren verknüpft, die für

verschiedene Wissenschaften mit unterschiedlichem Gewicht bedeutsam geworden sind: *Teilbarkeit – Unteilbarkeit, begrenzt – unbegrenzt, Teil – Ganzes, außen – innen, Wirkung – Ursache, Abhängigkeit – Unabhängigkeit, Vergänglichkeit – Unsterblichkeit* usw. Die empirische Relevanz derartiger Unterscheidungen, die sich als Sprach- und Denkgewohnheiten in wissenschaftlichen Erklärungen ebenso wie in handlungspraktischen Lebensvollzügen immer wieder zu bewähren scheinen, macht gerade die Suggestivität des dualistischen Prinzips aus.

3.1 „Der Geist in der Maschine“

Mit der Entwicklung der Neurowissenschaften hat das Leib-Seele-Problem nochmals eine Reduktion als *Gehirn-Geist-Problem* erfahren, die sich von empirischen, naturwissenschaftlichen Forschungen bis zur Analytischen Sprachphilosophie bzw. Philosophie des Geistes erstreckt (vgl. Searle 1984/86; Bieri 1993; Roth 2001). Bei allen Ansätzen für eine „Lösung“ des Leib-Seele-Problems, wie sie mit verschiedenen Varianten von *Monismus* versus *Dualismus*, *Idealismus* versus *Materialismus* oder auch in einem *dualistischen Interaktionismus* (in Verbindung mit Poppers 3-Welten-Theorie)⁴ beansprucht werden (vgl. Popper/Eccles 1977/89; Bieri 1993), treffen sich die Befürworter und Kritiker der verschiedenen Positionen in der Bedeutung der Tragweite des cartesianischen Dualismus, den etwa Ryle als „Mythos vom Geist in der Maschine“ (Ryle 1949/69, S. 80) zu widerlegen sucht. Dabei geht es ihm um die Zurückweisung der Annahme einer doppelten Bühne, nach der etwa ein absichtlich abgedrückter Pistolenschuss als Ablauf einer Handlung einerseits auf einer *physischen* und andererseits auf einer *psychischen* Bühne behauptet werden muss. Zudem drückten die meisten Formulierungen dieses Mythos einen Kausalsatz aus, „der besagt, die Körperhandlung des Abdrückens der Pistole sei eine Wirkung des geistigen Willensaktes, die Pistole abzdrukken“ (1949/69, S. 80). Die Kausalverhältnisse können aber auch anders gedacht werden und die Annahme eines „freien Willens“ auch in Zweifel gezogen oder ganz geleugnet werden, was natürlich unterschiedliche *Menschen-* und *Weltbilder* nach sich zieht.

Das in der Folge vor allem in der analytischen Philosophie viel diskutierte Thema der „Willensfreiheit“ ist mit der aktuellen Hirnforschung insofern neu belebt worden, als ihre empirischen Ergebnisse in theoretischen Konzepten des „Gehirn-Geist-Problems“ diskutiert werden, nach denen die Freiheitsgrade einer selbstbestimmten menschlichen Existenz erheblich beschränkt erscheinen (vgl. Geyer 2004; Habermas 2004). In Versuchen zur „Lösung“ des cartesianischen Dualismus geht es also zugleich um die Frage der „Vorherrschaft“ im Verhältnis von Geist und Körper, die oft jeweils hypostasiert oder marginalisiert wurden.

3.2 Phänomenologie des Leibes

Die Philosophie hat in ihrer langen Geschichte den Körper insgesamt vernachlässigt bzw. zu „überwinden“ gesucht. Nach Gadamer ist dem Thema Leib und Leiblichkeit in der philosophischen Tradition nur ungenügende Aufmerksamkeit widerfahren (vgl. Gadamer 1993, S. 95). Selbst Denker, die sich mit der besonderen Verfasstheit des Menschen in der Welt in detaillierten Analysen beschäftigt haben, wie z. B. Husserl und Heidegger, hätten die „eigentümliche Verdecktheit“

von Leib und Leiblichkeit nur wenig ins Bewusstsein gehoben. So sei es kein Zufall, dass Heidegger gestanden habe, über das Thema des Leibes nicht ebensoviel nachgedacht zu haben wie über andere Themen unseres Daseins (vgl. Gadamer 1993, S. 95). Ebenso wenig sei es ein Zufall, dass auch

„das bewundernswerte phänomenologisch-analytische Talent von Edmund Husserl die Sphäre der Eigenheit und all das, was sich mit der Erfahrung und Gegebenheitsweise des Leibes für uns einstellt, das ganze reiche Thema der kinästhetischen Erscheinungsformen, in denen Leib erfahren und empfunden wird, zwar als eine wesentliche, aber doch eine bis an den Rand des zu Leistenden gehende Aufgabe angesehen“ habe (Gadamer 1993, S. 95).

Es scheint nach Gadamer so zu sein, dass der Leib in seiner Ungestörtheit unauffällig und nur schwer bewusst zu thematisieren ist. Das Erleben des Körpers bleibt so meist außerhalb der explizit bewussten Wahrnehmung.⁵ Erst „Krankheit, dieser Störungsfaktor in etwas, das sich in seiner Ungestörtheit uns fast ganz entzieht, [macht] uns unsere Leiblichkeit bis zur Aufdringlichkeit präsent“ (1993, S. 98f.). Gadamer vergleicht diese „eigentümlich verdeckte“ Erfahrung der Leiblichkeit mit dem unauffälligen Haushalten im eigenen Hause (1993, S. 107f.) und dem selbstverständlichen Gefühl für das Haushalten.

Eine besondere Stellung unter den wenigen philosophischen Bemühungen um den Leib nimmt dennoch die *phänomenologische* Schule ein. Edmund Husserl hatte als deren Programm zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Beschäftigung mit „den Sachen selbst“ beschrieben. Methodisch geht er in einer strengen, an dem Phänomen orientierten Beschreibung vor, die durch die „Epoché“, also die Ausschaltung und Einklammerung der natürlichen Einstellung mit ihren Vormeinungen, zum Wesen vordringt. Durch die „eidetische Reduktion“ sollen alle theoretischen Annahmen (Hypothesen, Beweisführungen, tradiertes Vorwissen) über den betrachteten Gegenstand ausgeschaltet werden. Dieses Programm bildet die Grundlage einer ganzen Reihe von phänomenologischen Untersuchungen.

Die Schwierigkeiten, mit denen sich Edmund Husserl bei der Betrachtung der Gegebenheitsweisen des Leibes konfrontiert sah, sind schon im Zitat Gadamers oben angeklungen. Für Husserl ist das Erleben des Körpers allerdings ein herausragendes Moment von Welterfahrung (vgl. Gekle 1996). Nach Husserl ist der eigene Körper im Gegensatz zu allen anderen Körpern nicht nur Körper, „sondern eben Leib, das einzige Objekt innerhalb meiner abstraktiven Weltgeschichte, dem ich erfahrungsgemäß Empfindungsfelder zurechne (...), das einzige, in dem ich unmittelbar schalte und walte und in Sonderheit walte ich in jedem seiner Organe“ (Husserl 1929, S. 128).

Eigenständige phänomenologische Untersuchungen zum Leiberleben hat Husserl selbst nicht angestellt; seine Überlegungen wurden aber anregend für eine Reihe von Schülern und anderen, die die phänomenologische Methode übernahmen bzw. modifizierten.

Martin Heidegger, zunächst Assistent Husserls und später einer der prominentesten Vertreter phänomenologischer Philosophie, entwickelte einen eigenen phänomenologischen Zugang. Bei ihm spielt der Begriff des Seins die zentrale Rolle, der Leib rückt ganz in den Hintergrund. Dieses Absehen von Leib und Körperlichkeit ist von anderen phänomenologischen Autoren immer wieder kritisiert worden. So sagt Karl Löwith: „Das leib- und geschlechtslose Dasein im Menschen kann nichts Ursprüngliches sein“ (Löwith 1957, S. 75). In seiner Arbeit „Phänomenologische Ontologie und protestantische Theologie“ stellt Löwith die Abtrennung der Existenz (im Heideggerschen Sinne) vom Leben grundsätzlich in

Frage (vgl. Löwith 1930). Innerhalb der *existenzialistischen* Bewegung sah z. B. auch Gabriel Marcel die Bedeutung der leiblichen Existenz durch Heidegger nicht ausreichend gewürdigt:

„Ich kann also, genau gesprochen, nicht sagen, dass ich einen Körper habe, aber die geheimnisvolle Verbindung, die mich mit meinem Körper eint, ist die Wurzel aller meiner Möglichkeiten. Je mehr ich mein Körper bin, desto mehr an Wirklichkeit wird mir verfügbar, existieren die Dinge doch nur, sofern sie mit meinem Körper in Kontakt stehen, von mir wahrgenommen werden“ (Marcel 1953, S. 77).

Max Scheler (1928), der in seinen anthropologischen Schriften die phänomenologische Methode aufgriff, sah das Spezifische des Menschen in seiner „Weltoffenheit“, die zwar durch die spezifische Körpergestalt des Hominiden (den aufrechten Gang, die Freisetzung der Hand und die Zerebralisation) unterstützt, von dieser aber nicht entscheidend bedingt werde. In dem Kapitel „Zur Schichtung des emotionalen Lebens“ seines Hauptwerkes „Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik“ (Scheler 1916, S. 331-345) entwirft er eine Phänomenologie des emotionalen Lebens, die sich an der Leibnähe bzw. „Bezogenheit auf das Ich“ und der „Tiefe“ des Gefühls orientiert (vgl. Scheler 1916, S. 334). Er unterscheidet so „sinnliche Gefühle oder Empfindungsgefühle“, „Leibgefühle (als Zustände) und Lebensgefühle (als Funktionen)“, „rein seelische Gefühle (reine Ichgefühle)“ und „geistige Gefühle (Persönlichkeitsgefühle)“:

- Das „sinnliche Gefühl“ sieht Scheler als dadurch charakterisiert, dass es „an bestimmten Stellen des Leibes als *ausgedehnt* und *lokalisiert* gegeben“ und „nach den (...) *Organeinheiten* des Leibes“ gegliedert sei (Scheler 1916, S. 335); es könne sich fühlbar ausdehnen und „weitere und fernere Teile des Leibes in Mitleidenschaft (...) ziehen“, wie z. B. der Schmerz oder die Wollust. Dem sinnlichen Gefühl fehle die Intentionalität, die Personbeziehung und die unmittelbare Leib- und Ichbeziehung, da es nicht so sei, dass „ich es mit meinem Leibbewußtsein als emotionale Färbung stets gleichzeitig vorfände“ (1916, S. 336), sondern das sinnliche Gefühl als Zustand eines Teiles des Leibes gegeben sei: „Ich fühle es da, wo' ich die Organeinheit erlebe, deren Zustand es ist“ als einen aktuellen, punktuellen, undauerhaften Tatbestand ohne „Nachfühlen“, „Vorfühlen“ oder „Mitfühlen“ (1916, S. 336f.). Im Unterschied zu den anderen Gefühlsqualitäten sei nur das sinnliche Gefühl als „praktisch lenkbare Lustquelle“ willkürlich veränderlich und herstellbar (1916, S. 339).
- Zu den „Leib- und Lebensgefühlen“ rechnet Scheler „Gefühle des Wohlseins und Unwohlseins, der Frische und Mattigkeit, der Gesundheit und Krankheit, des aufsteigenden und niedergehenden Lebens“, die an Lebensweise und Veranlagung hingen (Scheler 1916, S. 338). Diese Gefühle seien anders als die sinnlichen Gefühle zwar an den „Gesamtausdehnungscharakter des Leibes“ gebunden und seien „ausgesprochene *Leibgefühle*“, aber nicht näher zu lokalisieren. Es mache keinen Sinn, wie beim Schmerz nach der Lokalisation von Gesundheitsgefühl oder Mattigkeit zu fragen (1916, S. 340). Es handelt sich nach Scheler vielmehr um Gefühle des „Leibichs“, das er definiert als „jenes *einheitliche* Bewußtsein unseres Leibes, in dessen Ganzem gesonderte Organempfindungen und Organgefühle erst sekundär, wie aus ihrem fundierenden Hintergrund, heraustreten“ (1916, S. 340). Das Leib- und Lebensgefühl sei ein von vornherein einheitliches und nicht aus sinnlichen Einzelgefühlen zusammengesetzt, es habe „immer schon funktionalen und intentionalen Charakter“ (1916, S. 342): wir „fühlen (...) im Lebensgefühl unser *Leben selbst*“

(1916, S. 342). Das Leib- und Lebensgefühl ist nach Scheler auch der Funktion des Nachfühlers und Mitfühlers teilhaftig: „Das Lebensgefühl vermag daher von Hause aus das Bewußtsein von *Gemeinschaft* mitzubegründen“ (1916, S. 342). Darüber hinaus indizieren Lebensgefühle einen vitalen Sinn, der intellektuell nicht erfasst werden muss. So kann das Lebensgefühl von Mattigkeit eine tatsächliche Krankheit oder Gefährdung antizipieren, ohne dass diese bewusst sein muss (1916, S. 343).

- „Rein seelische Gefühle“, worunter Scheler z. B. die Trauer rechnet, haben „von Hause aus eine Ichqualität“, ohne „durch die Leibgegebenheit“ hindurchzugehen, und sind durch psychische Verständniszusammenhänge motiviert (1916, S. 344).
- Die „geistigen Gefühle“ (z. B. der Zustand des „Seligseins“ oder der tiefen Verzweiflung) schließlich sind nach Scheler „*niemals zuständlich*“, sind nicht von außen motiviert und erfüllen die Person „vom Ganzen unseres Seins“ (1916, S. 345, Hervorhebungen jeweils im Original).

Dieser Entwurf einer *Schichtung des emotionalen Lebens* wird also von Scheler nach der zunehmenden Ferne zum Leib kategorisiert, womit dem leibhaftigen Empfinden eine wichtige Stellung für die Differenzierung der Affekte zuerkannt wird.

Der französische Philosoph Maurice Merleau-Ponty bemühte sich in seinem phänomenologischen Ansatz um eine weitere Klärung der *Leibnähe* der Wahrnehmung. Er sieht den Leib als unser Medium des Zugangs zur Welt, der natürlich auch eine entsprechende Geschichte hat: „Eine erste Wahrnehmung ohne jeglichen Hintergrund ist undenkbar. Jede Wahrnehmung setzt schon eine bestimmte Vergangenheit des Wahrnehmungssubjekts voraus“ (Merleau-Ponty 1966, S. 327). Für Merleau-Ponty wird der Leib zum grundlegenden Gesichtspunkt zur Welt, den wir nicht überschreiten können. Dem Leib eigne eine

„primordiale Räumlichkeit“, die stark an die „affektive Gegenwart und Ausdehnung des Leibes“ gebunden sei, „die in objektiver Räumlichkeit weder ihre zureichende Bedingung findet (...) noch auch nur ihre notwendige Bedingung hat (...) Die Räumlichkeit des Leibes ist die Entfaltung seines Leibseins selbst, die Weise, in der er als Leib sich realisiert“ (Merleau-Ponty 1966, S. 178f.).

In einer solchen affektiven Weise ist der Leib immer schon holistisch gegeben:

„Ich versammle nicht die Teile meines Körpers einen nach dem anderen; eine solche Übertragung und Versammlung ist vielmehr in mir immer schon vollzogen, ein für allemal: sie ist überhaupt mein Leib selbst (...) Mein Leib steht nicht vor mir, sondern ich bin in meinem Leib, oder vielmehr ich bin mein Leib“ (Merleau-Ponty 1966, S. 180).

Darin sei der Leib nicht einem physikalischen Gegenstand, sondern eher einem Kunstwerk vergleichbar (1966, S. 181). Zurückgreifend auf Paul Schilder, der im Körperschema nicht „die Summe seiner Teile“, sondern „ein neu geschaffenes Ganzes (...eine Gestalt)“ (Schilder 1923, S. 86) sah, postuliert Merleau-Ponty das Körperschema als einen „Gesamtentwurf“, der „das Zur-Welt-sein“ des Leibes bezeichne (Merleau-Ponty 1966, S. 124ff.).

In jüngerer Zeit hat sich Thomas Fuchs bemüht, die phänomenologische Methode als grundlegend für eine *ökologische* Konzeption von *Psychotherapie* zu beschreiben (vgl. Fuchs 2006). Da Psychotherapie sich in einem „interaktiven Feld“ ereigne und als eine „partielle Horizontverschmelzung der Welten des Patienten und des Therapeuten“ (Fuchs 2006, S. 287) wirke, sei gerade der phänomenologische Ansatz unabdingbar für ein möglichst vorurteilsfreies Verständnis

der Lebenswelt des Patienten. Da der phänomenologische Ansatz „die Kategorien der Leiblichkeit, der Räumlichkeit und des In-der-Welt-Seins als fundamentale Modi der Existenz in den Blick“ nehme, überwinde er gerade „die Dichotomie von Innerem und Äußerem“ (2006, S. 286). Der gelebte Raum des Subjekts wird als gewöhnlich präreflexiv gegebener leiblicher Umraum konzeptualisiert. Räumlich-leibliche Qualitäten wie „Nähe oder Distanz, Enge oder Weite, Verbindung oder Trennung, Erreichbarkeit oder Unerreichbarkeit“ charakterisieren in dieser Konzeption den um die Person und ihren Leib zentrierten Raum (2006, S. 289).

Der Lebensraum wird von Fuchs über die Konstrukte von „Lebensweg“ und „Lebenszeit“ mit der Dynamik der Biographie und über die Vorstellung einer „ökologischen Nische“ und die Annahme einer grundsätzlichen „Responsivität“ der Person (vgl. Waldenfels 1999) mit ihrer sozialen Umwelt verknüpft. Dieses von der Phänomenologie angeregte metaphorische Sprechen über psychische Gegebenheiten und ihren Kontext nutzt Fuchs auch zur Beschäftigung mit psychopathologischen Phänomenen wie der depressiven „Restriktion des Leibes“ (Fuchs 2006, S. 291) mit psychomotorischer Hemmung, Einengung und Antriebsverlust (vgl. Payk/Langenbach 1986) und zu einer kurzen Auseinandersetzung mit „unbewussten“ Prozessen und den psychoanalytischen Konzepten von Widerstand und Wiederholungszwang. Hier weist Fuchs verdinglichende Konzepte von „Bewußtsein, Ich, Unbewußtes, Überich usw.“ zurück und plädiert für das Aufsuchen unbewusster Prozesse in den „Bereitschaften, Tendenzen und Potentialen (...) im Lebensvollzug (...), also in der impliziten Weise, wie der Patient lebt und sich verhält“ (Fuchs 2006, S. 293). Abwehr und Widerstand werden in Analogie zur Leiblichkeit (z. B. dem Zurückziehen des vom Feuer bedrohten Körperglieds) von Fuchs verstanden als „Schon- oder Vermeidungshaltung“, Wiederholungszwang als „implizite Attraktion“ des gelebten Raums mit seinen Verhaltens- und Beziehungsmöglichkeiten (2006, S. 295).

Einige prägende phänomenologische Autoren haben im vergangenen Jahrhundert so den Leib zu einem wichtigen Erkenntnisgegenstand der Philosophie gemacht. Gerade die Positionen, die gegen Heidegger opponierten, entwickelten aus der gewünschten *Lebensnähe* auch eine *Leibnähe*, die dem Leib eine herausgehobene primordiale Bedeutung im Weltbezug einräumen, was von den Vertretern der philosophischen Anthropologie fortgeführt wurde.

3.3 Philosophische Anthropologie: Das selbstbewusste Mängelwesen

Durch ein Aufgreifen empirischer Befunde der Naturwissenschaften, besonders von Biologie und Psychologie, entwickelte sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die philosophische Anthropologie als eine selbständige Richtung. Einer der einflussreichsten Vertreter ist Arnold Gehlen. Gehlen hat unter Rückgriff auf empirische Wissenschaften wie Biologie, Anatomie und Verhaltensforschung ein biologisches Verhaltensmodell des Menschen entworfen, das den Herderschen Begriff des Menschen als eines Mängelwesens⁶ wieder aufgreift. Gehlen bemühte sich, die Frage, „wie sich Leib und Seele, oder Leib, Seele und Geist letztlich und metaphysisch zu einander verhalten“, auszugrenzen und stattdessen von einer Auffassung des Menschen „als eines primär handelnden Wesens“ auszugehen, „wobei ‚Handeln‘ in erster Annäherung die auf Veränderung der Natur zum

Zwecke des Menschen gerichtete Tätigkeit heißen soll“ (Gehlen, 1961, S. 17). Nach Gehlen ist der Mensch so im Gegensatz zum Tier ein Wesen, das die Mangelhaftigkeit seiner körperlichen Ausstattung kompensieren muss durch nicht-körperliche Fähigkeiten und Entwicklungen, insbesondere Werkzeugerfindung, vereinheitlichendes Innenleben und Sprache.

Gehlen's Anliegen ist es, die „physisch-morphologische Sonderstellung des Menschen“ als eines „handelnden, nicht festgestellten Wesens“ deutlich zu machen und die Physis des Menschen mit in den anthropologischen Blick zu nehmen:

„Nur von dem Gedanken eines handelnden, nicht festgestellten Wesens her bekommt man die Physis des Menschen überhaupt in den Blick, und niemals lässt die Definition als ‚Geistwesen‘ allein einen Zusammenhang gerade dieser Leibesbeschaffenheit mit dem, was man unter Vernunft oder Geist zu verstehen pflegt, sichtbar werden. Morphologisch ist nämlich der Mensch im Gegensatz zu allen höheren Säugern hauptsächlich durch *Mängel* bestimmt, die jeweils im exakt biologischen Sinne als Unangepasstheiten, Unspezialisiertheiten, als Primitivismen, d. h. als Unentwickeltes zu bezeichnen sind: also wesentlich negativ“ (Gehlen 1974, S. 33).

Die physisch-morphologische Sonderstellung des Menschen fordert für das Überleben eine Kompensation: Wenn der Mensch ein Mängelwesen mit altertümlichem Körperbau und einer relativ geringen Spezialisierung ist, das durch Instinktman- gel, Triebüberschuss, Reizüberflutung, Weltoffenheit (vgl. Scheler 1928) und eine am Lebensanfang ausgeprägte Schutzbedürftigkeit gekennzeichnet ist, die auch als extrauterine Frühgeburt oder „extra-embryonales Frühjahr“ bezeichnet worden ist (Portmann 1956, S. 76), dann muss der vitale Gestus eines auf Handeln gestellten homo sapiens diese Mängel kompensieren. Dies kann er durch Sprachentwicklung und Werkzeugerfindung, die seine Aktionsfähigkeit bereichern. Nach dem Zoologen Adolf Portmann sichert gerade die Sonderart der frühkindlichen Entwicklung als „physiologischer Frühgeburt“ mit ihrem im Vergleich zu anderen Säugern „frühen Kontakt mit dem Reichtum der Welt“ und die damit verbundene relative Unreife das „weltoffene Verhalten der Reifeform“ (Portmann 1956, S. 76).

Dem Gehlen'schen Vorschlag eignet nach Helmuth Plessner (1965) ein Rückgriff auf den *amerikanischen Pragmatismus* (besonders John Dewey) einerseits, auf Max Webers Theorie des *sozialen Handelns* andererseits. John Dewey hatte in Anlehnung an Peirce dafür plädiert, als Maßstab der Wahrheit einer Theorie nur die Auswirkungen ihrer praktischen Umsetzung zu akzeptieren (vgl. Dewey 1922; Peirce 1878). So wurde durch Dewey der logische Vorrang des Menschen als Handelnder vor jedem denkenden Nachvollziehen betont: „The act must come before the thought, and a habit before an ability to evoke the thought at will“ (Dewey 1922, S. 30). „And the experience upon which they both (ideas and sensations, M.L. u. A.K.) depend is the operation of habits – originally of instincts“ (1922, S. 25). So folgert Dewey auch die Konstitution des Selbst durch die Gesamtheit der habituellen Verhaltensweisen: „habits (...) constitute the self“ (1922, S. 32) und „character is the interpenetration of habits“ (1922, S. 38). Eine wesentliche Komponente des Handelns ist seine soziale Verwurzelung: „All actions (...) of a human person (...) bear the stamp of his community as assuredly as does the language he speaks“ (1922, S. 317).

Max Weber hatte die Kategorie des *sozialen Handelns* zum Leitbegriff der Analyse sozialer Wirklichkeit erhoben, nicht zuletzt im Hinblick auf den Vorteil, den sie bietet, die Verfestigung dieser Wirklichkeit in Institutionen durch Rückgang auf die Motive des Handelnden (den subjektiv gemeinten Sinn) zu verstehen und dadurch das soziale Geschehen erklärbar zu machen (vgl. Weber 1972).

Nach Helmuth Plessner vermeidet Gehlen durch das Hervorheben des Aspekts des Handelns die „verhängnisvolle Aufspaltung menschlichen Seins in eine körperliche und eine nicht-körperliche Region“ (Plessner 1965, S. XV). Handeln stellt demnach einen hervorragenden Beleg einer Integration von physischen und psychischen Komponenten dar, die allerdings nicht als primär geteilt vorgestellt werden dürften. Jedoch führe gerade dieser pragmatische Ansatz in der Konsequenz dazu, die eigenen verhaltenstheoretischen Prämissen ad absurdum zu führen. Wenn der Mensch „dank seiner offenen Antriebsstruktur, dank seiner zu ihr wiederum passenden Sprache (...) von biologischer Eindeutigkeit (...) zu biologischer Mehrdeutigkeit emanzipiert“ sei, so lasse sich sein Verhalten „nicht auf ein Schema bringen, nicht auf das der Kettenreflexe, aber auch nicht auf das des zweckgerichteten Handelns“ (Plessner 1965, S. XVIII). Irrationales Handeln, triebgesteuertes Handeln oder pathologisches Handeln seien prinzipiell möglich.⁷

Aus der Tradition der phänomenologischen Schule schöpfend, versucht Plessner im Sinne einer „lebensnäheren angewandten Phänomenologie“ (1965, S. XII) Existenz und Leib zu verklammern. In der Folge der Heideggerschen Existential-ontologie, insbesondere Heideggers These, dass „die Seinsweise des Lebens, des körpergebundenen Lebens, nur privativ, vom existierenden Dasein her zugänglich sei“, hätten die alte Augustinische Mahnung, sich nicht nach außen zu wenden, sondern im Inneren des Menschen die Wahrheit zu suchen, und die Tendenz des deutschen Idealismus „nach innen“ wieder Oberwasser bekommen. Die Heideggersche „Jemeinigkeit“ der Konstitution von Existenz als These vom methodischen Primat der Existenz klammere aber die Frage aus, auf welchem Wege der Mensch seiner Existenz und damit seiner Endlichkeit gewahr werde.⁸

Dem Menschen stehe durch die *Sprache* und die Darstellungsfunktion der Worte einerseits und die körperlichen Leistungen und Funktionen andererseits eine Zwischenwelt zur Verfügung, die ein Spannungsverhältnis konstituiere und zu Entlastungen und Belastungen gleichermaßen führe:

„Jeder Entlastung durch Sparen an körperlichem Arbeitsaufwand steht ein Zuwachs an Last durch die steigende Indirektheit sprachgeleiteten Verhaltens gegenüber (...) Wer sich mit einem anderen kraft sprachlicher Verständigung unterhalten kann, genießt den Vorteil der für beide geltenden Reziprozität der Perspektiven. Jeder ist bei aller Getrenntheit ein Stück vom Anderen. Das wird ihm aber nur durch die Mühen präziser Artikulation zuteil“ (Plessner 1965, S. XVI f.).

Die Zwischenwelt der sprachlichen Darstellungsfähigkeit bietet aber Raum für *Kommunikationsstörungen*, die sowohl interpersonell wie innerhalb der Person selbst wirksam werden und Verstehen behindern: das Körpersymptom z. B. ist nicht ohne weiteres verständlich, wenn an ihm eine offene Darstellungsform auftritt, die für verschiedene Interpretationen offen ist (im Gegensatz zum Reflexwesen).

Der hohe Grad an Plastizität der menschlichen Motorik mit der Ersetzung der Erbmotorik durch Erwerbmotorik, der Instinktentlastung und der Fähigkeit zum Sprechen schaffe die wesentlichen Voraussetzungen für ein weltoffenes Wesen:

„Die (...) Eröffnung eines Innen hat außer der Sprache noch einen zweiten Ansatzpunkt: die mit der Freisetzung der Motorik von ihr losgekoppelte Antriebslage des Menschen übersetzt die Antwort in einen Gefühlsstoß. Der ‚schafft den Hiatus, die Lücke zwischen aktueller Erregung und aufgeschobener Handlung, in die das Bewusstsein einspringt‘ (Gehlen 1961, S. 112)“ (Plessner 1965, S. XVII). So finde eine Emanzipation von der biologischen Eindeutigkeit des Tieres zur offenen Antriebsstruktur des Menschen statt (Plessner 1965, S. XVIII).

Plessner wählt als Leitfaden der Kontrastierung verschiedener lebendiger Daseinsarten den Begriff der „Positionalität“, der „bei aller Anschaulichkeit weit genug“ sei, „um die Daseinsweisen pflanzlichen, tierischen und menschlichen Lebens darzustellen, ohne auf psychologische Kategorien zurückzugreifen“ (1965, S. XIX). Das Charakteristische des Menschen sei demgemäß seine „exzentrische Positionalität“ (1965, S. 288ff.). Der Mensch sei das einzige Lebewesen, dem „sein selber Sein“ nicht verborgen bleibe, weil sein Existieren im Hier und Jetzt Gegenstand seines Reflektierens werden könne. Positional liege beim Menschen ein Dreifaches vor: „das Lebendige ist Körper, im Körper (als Innenleben oder Seele) und außer dem Körper als Blickpunkt, von dem aus es beides ist. Ein Individuum, welches positional derart dreifach charakterisiert ist, heißt *Person* (...) Seine Existenz ist wahrhaft auf Nichts gestellt“ (Plessner 1965, S. 293).

Der Leib sei ein wesentlicher Faktor dieser dreifachen und *exzentrischen Positionalität* und Teil des dem Menschen charakteristischen Bruches: der Mensch bleibe im Hier und Jetzt gebunden,

„im Zentrum totaler Konvergenz des Umfeldes und des eigenen Leibes. So lebt er unmittelbar, ungebrochen im Vollzug dessen, was er kraft seiner unobjektivierten Ichnatur als seelisches Leben im Innenfeld faßt. Ihm ist der Umschlag vom Sein innerhalb des eigenen Leibes zum Sein außerhalb des Leibes ein unaufhebbarer Doppelaspekt der Existenz, ein wirklicher Bruch seiner Natur. Er lebt diesseits und jenseits des Bruches, als Seele und als Körper *und* als die psychophysisch neutrale Einheit dieser Sphären“ (Plessner 1965, S. 292, Hervorhebungen im Original).

Mit dieser Bestimmung des Menschen als durch den Doppelaspekt von Körper und Seele charakterisiert, der als Bruch erlebt und vereinheitlicht werde, beschreibt Plessner, der bewusst eine psychologische Herleitung seiner Theorie vermeidet (1965, S. XIX), eine auch dem Psychosomatiker vertraute Theoriebildung, die von der Doppelnatur des Menschen ausgeht, die einheitlich gefasst ist, ihn aber zugleich begrenzt (vgl. Plessner 1965, S. 103).

3.4 Psychologie des Körpererlebens

Der Physiologe und Psychologe F.J.J. Buytendijk setzte sich vor dem Hintergrund physiologischer und verhaltensbiologischer Studien und angeregt von der phänomenologisch-anthropologischen Philosophie, besonders von Scheler und Plessner, mit der Psychologie des Körpererlebens auseinander (vgl. Buytendijk 1956 u. 1958). Für ihn kann die kausale physiologische Analyse des Körpers nur die „Bedingung des möglichen Verhaltens“ des menschlichen Körpers beschreiben (Buytendijk 1958, S. 24). Für das Verhalten des Subjekts sei der Körper unter physiologischen Gesichtspunkten nur ein „System unverständlicher Bedingungen“ (1958, S. 23). Unter dem Gesichtspunkt motivierten und zielgerichteten Verhaltens jedoch werde der Körper als „Leiblichkeit des Subjekts verstanden, d. h. als eine sinnvolle Situation, auf die sich jede Beziehung zu äußeren Situationen stützt“ (1958, S. 23). Mit „Körper“ sei nämlich, wenn man eine dem Menschen angemessene Betrachtungsweise wähle, „nicht eine gegebene Struktur, sondern das *sich selbst* strukturierende leibliche Sein eines Subjekts gemeint, das ‚in der richtigen Weise‘ neue Ordnungen sinnvoll herstellt, und zwar ausgehend von schon vorhandenen Strukturen“ (1958, S. 24). Mensch und Tier könnten nur etwas tun, „falls sie ihren leiblichen Teilen und der äußeren Situation eine Bedeutung verleihen. Das ist die einzige Weise, in

der ein Subjekt auf das ‚Stoffliche‘ wirken kann“ (1958, S. 24f.). Die Strukturanalyse des Körpers (Anatomie) und die Kausalanalyse der Prozesse (Physiologie) lehrten uns daher nur, „was das Tier oder der Mensch *möglicherweise* tun können, nicht was sie tun“ (1958, S. 24; Hervorhebungen jeweils im Original). Die von Buytendijk propagierte „anthropologische Physiologie“ begreift also im Unterschied zur herkömmlichen Psychophysiologie physiologische Vorgänge nicht als vom Bewusstsein oder unbewussten psychophysischen Regulationen gesteuerte körperliche Vorgänge, sondern als „Manifestationen einer Daseinsweise“: „Der Leib ist kein Apparat, der durch den Willen bewegt wird, sondern er passt sich der intentionalen Beziehung zur Situation an“ (1958, S. 24).

3.5 Der Leib in der Medizinischen Anthropologie

Auch einige medizinische Autoren, insbesondere Internisten und Psychiater, entwickelten im 20. Jahrhundert aus der Begegnung mit dem kranken Menschen eine ganzheitliche Tradition, die den „Leib als Partner“ (Blankenburg 1983) annahm.

Zwar stellt der Psychiater Klaus Dörner fest, dass eine umfassende, den Körper nicht ausblendende und in einer philosophischen Anthropologie fundierte psychiatrische Theorie noch ausstehe. Die körperliche Seite der menschlichen Natur sei ein „anständig-provozierendes Kernproblem der Psychiatrie“, das „vermieden und verdrängt [werde] entweder durch die mehr oder weniger gewalttätigen Versuche der bloß technischen Naturbeherrschung oder –moderner – durch die Leugnung seiner Existenz“ (Dörner 1984, S. 13). Doch hatte es in der Geschichte der Psychiatrie Auseinandersetzungen und phänomenologische Debatten um die Bedeutung der Leiblichkeit gegeben. So beschrieb etwa Karl Jaspers in seiner Arbeit „Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil)“ von 1911 unter Aufnahme von Gedanken von Husserl zur Intentionalität aus dessen „Logischen Untersuchungen“ von 1901, dass die Leibhaftigkeit von Wahrnehmungen wesensverschieden vom Realitätsurteil und damit ein eigenständiger intentionaler Akt verbunden sei, dessen leibliche Fundierung von Jaspers aber nicht weiter untersucht wird (vgl. Jaspers 1963, S. 212f.). Jaspers betont, darin ein Vorläufer von Secord und Jourard, die enge „unlösbare“ Verbindung von *Selbstbewusstsein* und *Leibbewusstsein*:

„Der Mensch ist sein Leib und zugleich steht er in der Reflexion seinem Leibe auch gegenüber (...) Der Leib ist die Wirklichkeit, von der es heißen kann: ich bin er selber, und: er ist das Instrument für mich. Dieses Doppelte, sich mit ihm zu identifizieren (...) und sich ihm gegenüberzustellen als einem nicht zum Selbstsein gehörend Anerkannten, macht die Zweideutigkeit des leiblichen Selbstbewußtseins aus“ (Jaspers 1973, S. 295).

Auch in den Untersuchungen von sich existenzialontologisch definierenden Psychiatern wie Medard Boss und Ludwig Binswanger nimmt der Leib einen wichtigen Platz ein. Wenn Ludwig Binswanger, der Schweizer Psychiater und Begründer der *Daseinsanalyse*, die Ideenflucht des Manikers beschreibt, so bedient er sich leiblicher Bilder und räumlicher Metaphern, z. B. wie der „geistige Raum“ weit und hell werde, wie er sich überall zentriere, wie sein Denken von einem zum andern fliege (Binswanger 1933, S. 58ff.). So werden bei dem Jung- und Bleuler-Schüler die leiblichen Empfindungen nicht zu Begleitzeichen eines psychischen Lebens, sondern zum Anteilnehmenden am Lebensraum, der Wahrnehmung und leibliche Sensationen umhüllt.

Im Zuge der Entwicklung der *psychoanalytischen* Theorie hatte auch Sigmund Freud betont, dass zwischen der psychischen Repräsentanz des Körpers und der Ich-Identität eine enge Beziehung bestehe:

„Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, ergibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann. Es ist in der Psychophysiologie hinreichend erörtert worden, auf welche Weise sich der eigene Körper aus der Wahrnehmungswelt heraushebt. Auch der Schmerz scheint dabei eine Rolle zu spielen und die Art, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung seines eigenen Körpers kommt. Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“ (Freud 1923b, S. 253).

Die oben erwähnte, dreißig Jahre später veröffentlichte Untersuchung von Seccord und Jourard scheint Freud empirisch in der Annahme einer engen Verbindung von Ich und Körper zu bestätigen.⁹ In der Folge hatten sich unter den psychoanalytischen Autoren besonders Otto Fenichel¹⁰, Paul Schilder¹¹ und später Heinz Kohut¹² mit dem Leiberleben auseinandergesetzt, bevor in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine breitere Beschäftigung damit auch innerhalb der Psychoanalyse einsetzte (vgl. Bittner 1986).¹³

Ein noch wichtigerer Impuls für die ganzheitliche Beschäftigung mit dem Leib kam aus der Inneren Medizin und der Neurologie. Viktor von Weizsäcker, der Hauptvertreter der von ihm begründeten *Medizinischen Anthropologie* und „Vater der Psychosomatischen Medizin in Deutschland“ (vgl. Hoffmann 2006), entwickelte mit seiner *Theorie des Gestaltkreises* eine neue „Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“. Den Gestaltkreis definiert er als die Einheit des Subjekts mit seiner Umwelt, die es durch Bewegen und Wahrnehmen ständig herstelle. Jedes orientierte Verhalten ist nach v. Weizsäcker nicht ein Reagieren, sondern ein Interagieren oder, in seiner Sprache, ein Umgang. Der Biologe, der Psychologe und der Arzt hätten daher ein anderes Vorgehen als der Physiker, denn der biologische Akt sei eine komplexe, das einfache neuronale Reiz-Reaktions-Schema übersteigende Entität. So sind also nach v. Weizsäcker Wahrnehmen und Bewegen als untrennbar verschränkt.

Für die *klinische Praxis* schlussfolgernd, betonte er, der Arzt müsse in der Behandlung seiner Patienten das Subjektive der Person beachten und das rein mechanistische Weltbild aufgeben. Um das Subjektive zu fassen, propagierte er die *biografische* Methode, die eine innere Schlüssigkeit herausarbeiten helfe, mit der sich Krankheit aus dem Leben ergebe (vgl. Hoffmann 2006).

„Wenn man aber die Einbettung organischer Erkrankungen in die äußere und innere Lebensgeschichte erkundet, so ist man erstaunt, wie oft Krankheit auf dem Gipfel einer dramatischen Zuspitzung auftritt, wie oft sie eine Katastrophe aufhält oder besiegelt, wie regelmäßig sie dem biografischen Verlauf eine neue Wendung gibt (...) Das Bild der gesichteten, konvergenten biographischen Pathogenese führt weg von der einzelnen Causa und hin zu der Einsicht, daß Heilung nicht durch einen Heilfaktor, sondern durch eine Gesamttrichtungsänderung erzielbar sei, die, wenn nötig, durch eine Gesamterschütterung hervorzubringen ist“ (v. Weizsäcker 1986, S. 383).

Kranksein sei eine Weise des Menschseins (vgl. v. Weizsäcker 1988, S. 615). Somit steht Weizsäcker für die Anwendung biografischer und psychoanalytischer Methoden auch bei organischen Erkrankungen (vgl. Küttemeyer 2006).¹⁴

In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte auch der Heidelberger Internist Herbert Plügge eine *medizinische* Anthropologie, die sich auf Merleau-Ponty und Plessner bezieht. Er betont die Bedeutung der Leiblichkeit als einer subjektiven Funktion gegenüber der physikalischen des Körpers, die durch den Reflexbogen definiert werde:

„Alles Leibliche dagegen ist als etwas nie fertiges, ständig neu Erstehendes, von der gegebenen Situation und ihrer Bedeutung entscheidend bestimmtes, von Gestalt zu Gestalt wechselndes, personales und mithin welthaftes Phänomen zu begreifen (...) Alles Leibliche dagegen verwirklicht sich, ständig sich wandelnd in der Situation“ (Plügge 1967, S. 34f.).

Das Leibliche sei auch entscheidend für den Charakter der menschlichen Wahrnehmung. So unterscheidet Plügge den „erlebten“ oder „gelebten“ Raum, also den Raum, wie er vom Menschen erfahren wird, vom euklidischen, homogenen und qualitätslosen Raum der klassischen Physik. Wir erleben den Raum immer mit einer bestimmten leiblichen Bedeutung und affektiven Qualität. Die *Leib-Welt-Verschränkung* wird so auch bei Plügge zu einer wichtigen Konstante des Leiblichseins: der Körper ist „Referenzsystem zu meiner Welt“ (Plügge 1962, S. 77). In Plüggens Anthropologie sind leibliche Funktionen von vornherein in welthafte Bezüge eingelagert und können nicht unabhängig von der affektiven Bedeutung und dem Bezug zur Welt gedacht werden. Plüggens Annahmen vom Leiblichen als etwas „nie Fertigem“, das in Referenz zur Welt steht, können auch im Lichte moderner neurobiologischer Theorien bestehen, die das menschliche Gehirn als plastisches neuronales Netzwerk verstehen, das seine vielfältigen Leistungen nur im Wechselspiel mit der Umwelt voll entwickeln kann (vgl. Singer 1991; Scheidt/Huber 2003). Dabei hat der Leib für Plügge einen Doppelcharakter:

„Unsere Existenz ist zugleich unsere Heimat und unser Gefängnis. Unser Leib ist, als *conditio sine qua non* der Inkarnation, erst die Möglichkeit zu wahren Menschsein, aber auch Gefangenschaft, Gefängnis. Auf eine einfache Formel gebracht, kann man sagen: Wir sind Leib (als Inkarnation) und haben einen Körper (als Käfig)“ (Plügge 1962, S. 24).

Besonders spürbar wird die Seite des „Gefangenseins“ im Körper in der Krankheit, die so das natürliche Unbemerktsein des Leibes aufhebt.

3.6 Semiotisches Modell und integrative Medizin

In einem von Charles S. Peirce inspirierten Versuch entwerfen von Uexküll und Wesiack (1998) ein *semiotisches* Modell des lebenden Körpers. Hiernach haben die biologischen Bedürfnisse als „Interpretanten“ der umgebenden Phänomene eine „codierende Funktion“ für die Rezeptoren des Körpers: „Sie entscheiden, welche Zeichen-Bedeutung sie den Ereignissen erteilen, die sie aus der Umgebung erreichen“ (v. Uexküll/Wesiack 1998, S. 361). Nach diesem pragmatisch-semiotischen Modell „informieren“ die Zeichen den Körper über die Bedeutung der Außenwelt für seine Bedürfnisse und über seine Möglichkeiten zu aktiver Einflussnahme:

„Sie bringen die Beziehung zwischen ihm und seiner Umgebung ‚in Form‘, indem sie seine ‚Umgebung‘ in ‚seine Umwelt‘ oder ‚seine ergänzende Hälfte‘ verwandeln. ‚Umwelt‘ entspricht semiotisch dem ‚Bezeichneten‘, dessen pragmatischer Aspekt eine ‚Bedeutungsverwertung‘ verlangt“ (v. Uexküll/Wesiack 1998, S. 361).

Dieses semiotische Modell des Körpers erläutert die psychoanalytische Vorstellung der „Besetzung“ der umgebenden Objekte als einen kreativen Akt der Zeichengebung. Hans Loewald hatte Besetzung als

„ein(en) organisierende(n) psychische(n) Akt [triebhaften Ursprungs]“ definiert, „der vorhandenes Material zum Objekt strukturiert, das heißt zu einer differenzierten, von der organisierenden Instanz relativ entfernten Wesenheit. Eine solche Besetzung schafft das Objekt *qua* Objekt, und in nachfolgenden sekundären Aktivitäten schafft und organisiert sie es neu“ (Loewald 1986, S. 182).

Diese Interpretation der Besetzung als einer kreativen Leistung, als eines psychischen Aktes, revidiert die Freudsche Annahme einer Ladung des Objektes mit psychischer Energie. Schon Winnicott hatte diese kreative, aktive Verwandlung der Umgebung in die unserem Organismus unentbehrliche „hilfreiche Umwelt“ beschrieben (vgl. Winnicott 1983). Bei v. Uexküll und Wesiack wird diese aktive, „in Form bringende“ Funktion des menschlichen Körpers auf dem Hintergrund seines „Unvollendet-Seins“ interpretiert, das nach Vollendung strebe (v. Uexküll/Wesiack 1998, S. 361). Dieses Modell erinnert an die Vorstellungen Herders und Gehlens vom Menschen als einem Mängelwesen (s. o.), das aber im günstigen Entwicklungsfall seine Mängel mit Hilfe der Sprache selbstreflexiv zu kompensieren versteht.

4. Die Versprachlichung gestörten Körper- und Selbsterlebens

Wenn ein Erkrankungsfall eingetreten und die eingangs mit Gadamer (1993) thematisierte „Verborgenheit der Gesundheit“ erst einmal aufgehoben ist, wird der neu erlebte Mangel schließlich in der Verständigung mit sich selbst und dem anderen, insbesondere dem Arzt zur Sprache kommen müssen. Während einleitend der Zusammenhang von *Körperbildern* und *Selbstbildern* mit den empirischen, (gruppen-)statistischen Studien von Secord und Jourard (1953) belegt worden war, geht es in der klinischen Praxis um lebensweltlich und klinisch relevante sprachliche Manifestationen des Zusammenhangs von Störungen des *Körper-* und *Selbsterlebens* von Patienten.

Wie vorausgehend bei der Erörterung der verschiedenen theoretischen Ansätze zur Leiblichkeit des Menschen deutlich wurde, ist die *Sprache* nicht nur eine unerschöpfliche *wissenschaftliche* Quelle, die insbesondere in der phänomenologischen Tradition als eine bevorzugte Erkenntnismethode genutzt wird (vgl. z. B. Jaspers 1973, S. 47ff.; Schmitz 1965, S. 12ff. und 61ff.), sondern auch eine ständige Ressource für unsere *Alltagsverständigung*. Die Unhintergebarkeit der Sprache kommt hier zumindest in der Weise zum Tragen, dass wir uns alle im Großen und Ganzen derselben „Sprachspiele“ (im Sinne einer „Lebensform“ nach Wittgenstein 1967, S. 24) bedienen müssen, wollen wir uns nicht in ein unverständliches Selbstgespräch verlieren.

In der ärztlichen Sprechstunde ist der Arzt allerdings angehalten, nicht nur die „Allerweltssprache“ zu sprechen und zu verstehen, sondern sein Ohr besonders „ungewohnten“ Sprachspielen zu leihen. In beiden Varianten kann es dem Arzt

gelingen, dem Patienten bereits vor der körperlichen Untersuchung „auf den Leib zu rücken“, ohne ihn deswegen schon „im Innersten verletzen“ zu müssen.

4.1 Der sprachliche Zugang zum Patienten

Der phänomenologische Zugang zum Patienten, wie er aktuell auch in der Variante einer *Neuen Phänomenologie* (nach Hermann Schmitz) beansprucht wird (vgl. Schmoll/Kuhlmann 2005), ist nicht allein, aber doch wesentlich ein *sprachlicher* Zugang zum Patienten. Die Relevanz dieses sprachlichen Zugangs für die phänomenologische Methode insgesamt ist bereits von Jaspers prägnant formuliert worden:

„Die Phänomenologie hat die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns *anschaulich zu vergegenwärtigen*, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu *begrenzen*, zu *unterscheiden* und mit festen Termini zu belegen. Da wir niemals fremdes Seelisches ebenso wie Physisches direkt wahrnehmen können, kann es sich immer nur um eine Vergegenwärtigung, um ein Einfühlen, Verstehen handeln (...) Dazu helfen uns vor allem die *Selbstschilderungen* der Kranken, die wir in der persönlichen Unterhaltung provozieren und prüfen“ (Jaspers 1973, S. 47, Hervorhebungen im Original).

Obwohl diese *Selbstdarstellungen der Kranken*, wie zum Schluss schon anklingt und von Jaspers weiter ausgeführt wird, in mehrfacher Hinsicht einer kritischen Zuverlässigkeitsprüfung zu unterziehen sind, sind sie doch eine originäre Quelle für die Forschung: „Die Kranken sind die Erfinder mancher Grundbegriffe geworden“ (1973, S. 47). Ihre *Selbstschilderungen*, die nach Jaspers oft durch ihre Ähnlichkeit imponieren, sind nicht nur unter *Inhaltsaspekten*, sondern auch unter *Interaktionsaspekten* zu betrachten, da sie schließlich in „in einer persönlichen Unterhaltung provoziert“ werden sollen.

4.2 Selbstschilderungen von Kranken

Selbstschilderungen gestörten Körper- und Selbsterlebens sind zunächst Alltagsphänomene wie die Störungen selbst, die jeder kennt und über die jeder kompetent reden kann, in einer „Allerweltssprache“, über die wir alle aktiv verfügen und die jeder versteht. So wissen wir schon aufgrund eigener Alltagserfahrung, was gemeint ist, wenn jemand etwa von sich sagt: „Ich komm’ mir vor wie ein Fremder“, „meine Nerven sind zum Zerreißen gespannt“, „ich könnte aus der Haut fahren“ oder „mein ganzer Körper spielt verrückt“. Wer sich so oder ähnlich im Alltag oder in der ärztlichen Sprechstunde ausdrückt, trifft alltagsweltlich relevante Unterscheidungen im Körper- und Selbsterleben, denen sich als *sprachlichen* Manifestationen sowohl in der Lehre und Forschung als auch in der Praxis der ärztlichen Sprechstunde nachzugehen lohnt. So heterogen solche Ausdrücke auf den ersten Blick oft scheinen mögen, so ergiebig erweisen sie sich durch Erweiterung und Systematisierung zum Zwecke der Entwicklung einer *sprachanalytisch* inspirierten *phänomenologischen Typologie gestörten Körper- und Selbsterlebens*.

Soweit es sich um klinisch relevante Störungen handelt, sind sprachbezogene Untersuchungen *kontextsensitiv* durchzuführen, d. h. vor allem am pragmatischen Sprachgebrauch von Patienten im klinischen Kontext. Hierzu gibt es in-

zwischen eine Reihe von allgemeinen und spezifischen Untersuchungen zu verschiedenen Symptomen und Krankheitsbildern (Epilepsie, Schmerz, Organtransplantation, Haut, Dissoziation), die zum Teil in interdisziplinärer Kooperation entstanden sind (vgl. Küchenhoff 1992; Gülich/Schöndienst 1999; Küttemeyer 2003; Langenbach 2006; Steinberg 1995; Steinberg/Schnall 2001; Gieler 2005). Hier wird der sprachliche Zugang zum Patienten teils zu *differenzialdiagnostischen* Zwecken verfolgt, etwa bei Anfallskranken oder Hautpatienten, bei denen eine differenzierte „Sprache der Haut“ (vgl. Gieler 2005) zu berücksichtigen ist.

Neben idiomatischen, oft metaphorischen Wendungen, die vom Forscher wie Arzt immer kontextspezifisch zu interpretieren sind, modifizieren Patienten das Standardrepertoire der Sprache in ihren Selbstschilderungen oft auf kreative Weise: Statt sich mit dem „stärksten Mann“ zu vergleichen, variiert ein Patient die entsprechende Sentenz, indem er gekonnt sein spezifisches Berufsimago ins Sprachspiel bringt, wenn er sagt: „Das hält der stärkste Polizist nicht aus“, womit er gegenüber seiner Ärztin, die von seinem Beruf Kenntnis hat, schlaglichtartig die *individuelle Bedeutung* seines Leidens erhellt.

Den Skeptikern gegenüber einem metaphorischen Sprachgebrauch ist entgegenzuhalten, dass es um anderes geht als um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von „auf den Sack/Geist/an die Nieren gehen“, was natürlich auch von Organgesunden ins Spiel gebracht werden kann, ohne dass schon ein Urologe, Psychiater oder Nephrologe mit ins Spiel kommen muss. Kranke meinen jedoch oft wörtlich, was sie sagen, wenn sie äußern: „Ich meine dann, du kippst gleich um, es ist vorbei“, wie eine Angstpatientin dies ausführte. Ebenso kann mit der Wendung „bis zum Umfallen arbeiten“ auch die wörtliche Bedeutung von „sich zu Tode arbeiten“ ausgedrückt sein. Was im Einzelnen genau gemeint ist, kann häufig nur durch engagiertes Nachfragen geklärt werden, das weitere *narrative* Redegelegenheiten „am Stück“ eröffnet.

Diese Redegelegenheiten wurden offenbar aus gutem Grund bei jenen zahlreichen Patientenschilderungen geschaffen, die gerade in älteren Arbeiten als stattliche Sammlungen wohl dokumentiert sind und die immer wieder und zu Recht in der Forschung zur Phänomenologie „leibseelischer Störungen“ als Belege bei der „Typenbildung“ herangezogen werden.¹⁵ So schreibt auch Schmitz derartigen Patientenäußerungen einen herausragenden Stellenwert für die Forschung zu: „Solche Aussagen der Betroffenen sind wohl ernster zu nehmen, als die erklügelten Konstruktionen, mit deren Hilfe manche Philosophen das Befremdliche solcher Phänomene wegdisputieren“ (Schmitz 1965, S. 61). Eine Datengewinnung aus der versprochenen Erlebensperspektive von betroffenen Patienten bleibt methodisch die erste Wahl, um v. Weizsäckers Postulat der *Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin* zuallererst erfüllen zu können.

5. Lebensgeschichten und biographisch-narrative Medizin

Der Typ von *Selbstschilderungen* von Patienten, deren sich schon Jaspers und Schmitz exemplarisch bedienten, ist weder durch die moderne Fragebogenforschung noch durch eine *interrogative* Gesprächsführung in der Medizin zu ge-

winnen. Hier ist sowohl für die Lehre und Forschung als auch für die ärztliche Behandlungspraxis ein Paradigmenwechsel hin zu einer *biographisch-narrativen* Medizin anzustreben (vgl. Greenhalgh 1998; Launer 2002; Koerfer/Köhle/Obliers 2000; Koerfer/Obliers/Köhle 2005; Lucius-Hoene 2002; Rosenthal 2002; Gülich 2005). In einem solchen Ansatz werden die *Krankengeschichten* von Patienten als *Leidengeschichten* rekonstruiert, die im Sinne von Weizsäckers (s. o.) tief in ihrer *Lebensgeschichte* verwurzelt sein können.

Für einen solchen Ansatz muss in der ärztlichen Sprechstunde mehr Gesprächsraum gewährt werden, in dem der Patient sein persönliches *Leid klagen* und sein individuelles *Anliegen zur Sprache bringen* kann. Hier ist die *Patientenerzählung* eine elementare Verständigungsform zwischen Arzt und Patient, die sich gegenüber dem bloßen Frage-Antwort-Muster als überlegen erweist, wie dies schon von Balint auf den Begriff gebracht wurde: „Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf – aber weiter auch nichts“ (Balint 1988, S. 186). In empirischen Gesprächsanalysen (vgl. Koerfer/Köhle/Obliers 2000; Koerfer/Obliers/Köhle 2004, 2005) lässt sich entsprechend aufzeigen, wie die ärztliche Gesprächsführung nach Inhalt und Form zu ändern ist, damit der Kranke erzählend *als Person zu Wort kommen* kann.

Der mit der biographisch-narrativen Methode geschulte Blick auf den Patienten wird jedoch durch das „offizielle Modell für den Körper“, wie es einleitend mit v. Uexküll (2001) charakterisiert worden war, eher verhindert. Die Verengung des Blickwinkels wird sogar verstärkt, wenn sich *medizinisch-akademische* mit *gesellschaftlichen* Bildern vom menschlichen Körper treffen, denen die Patienten ihrerseits mit ihren Selbstbildern unterliegen können. An den heutzutage so prävalenten Tendenzen der Fetischisierung und der Warenzurichtung des menschlichen Körpers¹⁶ hat eine entfesselte rein naturwissenschaftliche Medizin ebenso ihren wirksamen Anteil (vgl. Sigusch 1997)¹⁷ wie die um sich greifende Sogwirkung von Fitness-Studios und „Wellness-Bewegung“, die spätestens seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts einem Idealbild vom menschlichen Körper folgen, das nicht selten einem gesellschaftlich akzeptierten Schönheitsideal gleichkommt. Demnach scheint sich ein „perfektes Leben“ an einem „perfekten Körper“ orientieren zu müssen, der deswegen im Problemfall auch in der ärztlichen Sprechstunde leichter zum Thema gemacht werden kann als das Leben selbst. Mit dieser Art „Schere im Kopf“, mit der die Relevanzentscheidung zwischen Arzt und Patient über die Themenfähigkeit von *Körper*, *Leib* und *Leben* nicht mehr offen, sondern wechselseitig wirksam einer „freiwilligen Selbstzensur“ unterworfen scheint, ist der biographisch-narrative Zugang zum (Leib und Leben des) Patienten verstellt oder zumindest erschwert.

Um die Chancen einer biographisch-narrativen Medizin wahrnehmen zu können, müssen Arzt und Patient nicht unbedingt „ein Herz und eine Seele“ werden, sondern sich nur genügend „nahe kommen“, indem sie sich in leiblicher und verbaler Kommunikation als *Personen* begegnen, die eine gemeinsame *Interaktionsgeschichte* als Teil ihrer je verschiedenen *Lebensgeschichten* entwickeln und dabei schließlich im Sinne Gadamers (s. o.) eine „Partnerschaft in der Lebenswelt“ eingehen. Für die *klinische Praxis* dieser Partnerschaft ist zu fordern, dass der Patient behandelt werde wie ein „lyrisches Subjekt“, dessen Körperlichkeit „auffällig anders“ ist und sich vom „gesellschaftlich Konformen und Normalen wegbewegt“, wie Peter von Matt in einem Aufsatz über „Das lyrische Reden als Wiedergewinn ausgegrenzter Erfahrung“ schreibt:

„Sein Körper ist nämlich keine gemessene und auf dieses Maß festgelegte Größe; er ist in den Dimensionen beweglich und vielfältig bewegt. Er ist ganz und gar Corps vécu, nicht Corps mesuré (...) Über den Entwurf eines andern körperlichen Vorhandenseins geschieht deshalb in der Regel die Initiation in die andere Erfahrungsweise überhaupt“ (von Matt 1996, S. 80f.).

Der Verweis auf das lyrische Subjekt ist hier nicht zufällig: Eine Sprachanalyse der Patientenäußerungen widmet sich der ersten Quelle der weiteren Untersuchung des Kranken und bietet einen privilegierten Zugang zum Kranksein. So können Arzt und Patient gemeinsam auch in der Interaktion teilhaben an der ironischen Grundbefindlichkeit des modernen Subjekts: „Wie lässt sich das Verhältnis eines Subjektes zu sich selbst denken, das nicht Herr im eigenen Haus ist und das seinen Körper nicht vollkommen bemeistert?“ (Sarasin 2001, S. 465).

Anmerkungen

- 1 In der Psychoanalyse war allerdings der Körper nur am Rande abgehandelt worden (vgl. Thomä & Kächele 1996, s. u.).
- 2 Zur Begründung dieser Integrationsaufgabe rekurriert von Uexküll (2001) in seinem knappen Abriss vor allem auf die Unterscheidung von „Körper-Sein“ und „Körper-Haben“, die auf den Soziologen H. Plessner zurückgeht (vgl. unten 3.3).
- 3 Ein vollständigeres Bild lässt sich z. B. anhand der umfangreichen Literaturliste zur Geschichte des Körpers von Urs Zürcher (2006) erarbeiten.
- 4 In der Arbeit über „Das Ich und sein Gehirn“ (vgl. Popper/Eccles 1989: Kap. P2 und P3) erläutert Popper seine 3-Welten-Theorie an einem medizinisch einschlägigen Beispiel, nämlich dem Zahnarztbesuch, bei dessen Zustandekommen als Handlung sowohl physische Vorgänge in der Welt 1 (Karies im Zahn als materieller, physikochemischer Prozess) als auch psychische Wirkungen in der Welt 2 (bewusste Aufmerksamkeit, Schmerzempfinden) sowie schließlich Vermutungen oder Wissen aus der Welt 3 (Pläne und Institutionen) beteiligt sind.
- 5 Ähnlich dem Ich, dessen man sich nach Federn (1926) normalerweise nicht bewusster sei als der Luft, die wir atmen.
- 6 Johann Gottfried Herder hatte den Ursprung der Sprache „aus der Mitte dieser Mängel“ erklärt (Herder 1772).
- 7 In ähnlicher Weise hatte Buytendijk (1956) ausgeführt, dass menschliches Verhalten sich nicht unter einem einzigen Teilaspekt begreifen lasse (s. u.).
- 8 Nach Plessner ist eine „freischwebende Existenzdimension“ unmöglich, die leibliche Fundierung der Existenz sei konstituierend notwendig. Schon die Heideggerschen Weisen des Gewahrwerdens der Endlichkeit über die Modi der Stimmung, der Sorge und der Angst verwiesen auf die Verklammerung der Existenz mit etwas Lebendigem und an den Leib Gebundenem: „nur leibhaftes Wesen kann gestimmt sein und sich ängstigen“ (Plessner 1965, S. XIV). Die von Plessner verfolgte Richtung einer phänomenologischen Anthropologie sieht sich daher notwendig mit der Frage nach dem Leib konfrontiert.
- 9 In der Studienausgabe der Werke Freuds ist zu dieser Textstelle eine erläuternde, von Freud angeblich autorisierte engl. Fußnote hinzugefügt zur weiteren Erhellung der Freudschen Ansicht der Beziehung von Ich-Identität und Körper: „I.e. the ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body. It may thus be regarded as a mental projection of the surface of the body, besides, as we have seen above, representing the superficies of the mental apparatus“ (Freud 1923b, Studienausgabe, Band III, S. 294).
- 10 Otto Fenichel konstatiert unter Bezug auf Freud (1923b) und Schilder (1935), die Verknüpfung innerer Spannungsempfindungen und der äußeren taktilen Wahrnehmung des Körpers ermögliche die „Unterscheidung des Selbst vom Nicht-Selbst. Die Summe der psychischen Repräsentanzen des Körpers und seiner Organe, das sogenannte Körperbild, konstituiert die Vorstellung eines personalen Ich und ist von grundlegender Bedeutung für die weitere Ausbildung der psychischen Instanz des Ich“ (Fenichel 1983,

- I, S. 57) Dabei stimme das Körperbild „nicht notwendig mit dem tatsächlichen Körper überein; es kann z. B. die Kleidung oder eingebildete Extremitäten mit umfassen“ (ebd). Fenichel hielt es für möglich, dass die Libido von Objektrepräsentanzen (die intrapsychische Spiegelung der Welt der Objekte) zu Organrepräsentanzen verschoben werden könnte, z. B. im Fall der Hypochondrie (1983, II, S. 101). Organrepräsentanzen seien wesentliche Teile des Körperbildes.
- 11 Paul Schilder (1935) hatte als „body image“ die subjektive Körpererfahrung und die Bedeutung der Leiblichkeit für die Umwelterfahrung bezeichnet. Das „body image“ reguliere Stellung, Haltung und Motorik im Raum einerseits und die subjektiv-phänomenale Körperlichkeit andererseits.
 - 12 In der Kohutschen Entwicklung der Selbstpsychologie wird der Körper als ein wichtiges Instrument der Selbstregulierung angesehen. Kohut betrachtet das Körpererleben als entscheidend für die Erhaltung der Kohärenz des Selbst. So interpretiert er z. B. die Organbesetzung bei der Hypochondrie als Versuch, Fragmentierungsängste des Selbst in Schach zu halten und Sicherheit zu gewinnen, „dass alle Teile noch da waren und von einem Selbst zusammengehalten wurden, das sie inspizierte“ (Kohut 1981, S. 140f.). Ähnlich kann nach Kohut über eine Vielzahl von Eigenstimulationen, wie Riechen am eigenen Körper, masturbatorische Handlungen oder den prüfenden Blick in den Spiegel, versucht werden, sich seiner selbst zu vergewissern und die Kohärenz des Selbst über eine Kohärenz des Körper-Selbst aufrechtzuerhalten und „die zutiefst ängstigenden Gefühle der Fragmentierung und des Unbelebtheits“ (Kohut 1976, S. 123) zu kompensieren. Sport und Musik seien „sozial integrierte Formen der Körperstimulation“, die einen weniger regressiven Zustand anzeigten und eine Kohärenz des Selbst sichern könnten (1976, S. 124).
 - 13 Einer dieser Autoren unter vielen anderen, die zu nennen wären, ist z.B. Plassmann, der von „Organphantasien“ und „Organwelten“ spricht, um eine analytische Körperpsychologie formulieren zu können. Nach Plassmann hat der eigene Körper die Funktion eines Primärobjekts, das dem Individuum normalerweise bestimmte Primärerfahrungen ermögliche, etwa von Lebendigkeit, Körperlichkeit oder Getrenntsein (vgl. Plassmann 1993).
 - 14 Die Psychoanalyse beginnt historisch mit der Beschäftigung mit dem Körpererleben: Der Fall Anna O. (Freud 1895) gilt als „Keimzelle der gesamten Psychoanalyse“ (Gay 1988, S. 63). Die oft beklagte Vernachlässigung des Körpers durch die Psychoanalyse (vgl. Bittner 1986) geht historisch zurück auf eine Warnung Freuds, der seine psychoanalytischen Schüler „aus erzieherischen Gründen“ von psychosomatischen Untersuchungen fernhalten wollte: „sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken“ (Brief Freuds an v. Weizsäcker 1932, zitiert nach v. Rad 1989). Haben solche Überlegungen lange Zeit eine nachhaltigere Beschäftigung psychoanalytischer Theoretiker und Praktiker mit dem Körper ver- oder zumindest behindert, so ist mittlerweile zu konstatieren, dass der Körper und das Körpererleben zunehmend (wieder) in den Blickpunkt psychoanalytischer Bemühungen gekommen ist. Brähler spricht sogar von einer „publizistischen Renaissance des Körpers“ (Brähler 1986). Dass die psychoanalytische Behandlung von psychosomatisch Erkrankten eine Modifikation der psychoanalytischen Theorie und Technik voraussetze, ahnte Viktor von Weizsäcker auch schon (vgl. v. Weizsäcker 1946).
 - 15 Exemplarisch können die klassischen Fallbeschreibungen von Jaspers 1973 und Schmitz 1965 angeführt werden. Schmitz, der Begründer einer *Neuen Phänomenologie*, führt neben literarischen Quellen (von J. W. Goethe bis H. Miller) eine Vielzahl von Patientenschilderungen aus älteren und zeitgenössischen Arbeiten an (z. B. H. Plügge), um etwa sein Konzept der Ausdehnung von „Leibesinseln“ zu illustrieren.
 - 16 Der Körper ist heutzutage ein „Fetisch der Krankenhäuser, Kosmetikindustrie und des Geldes“ geworden bei gleichzeitiger „Furcht vor dem Körper“ (Wiesse 1998, S. 6f.). In einer Zeit, wo der Körper von AIDS und Krebs bedroht ist, wo der Körper „paradiesische Hoffnungen auf Schönheit und ewige Jugend“ stört, wo der Körper auch Objekt von Hass und Misshandlung wird, da ist er auch ein „Objekt naturwissenschaftlicher Begierde in Medizin und Biologie“ (Wiesse 1998, S. 6).
 - 17 Volkmar Sigusch sieht Fetischisierungstendenzen im Zusammenhang einer allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung hin zur zunehmenden Verstofflichung des Menschen, die er versteht als hergeleitet aus dem Versuch, den „panischen Schrecken“ zu überwinden, einem endlichen Körper ausgeliefert zu sein (Sigusch 1997, S. 869). Die Verstofflichung sei Ausdruck der „Unterwerfung alles Natürlichen unter das selbtherrliche Subjekt“ (Horkheimer & Adorno 1947, S. 10) und unterliege damit der Dialektik der Aufklärung.

Literatur

- Alheit, P./Dausien, B./Fischer-Rosenthal, W./Hanses, A./Keil, A. (Hrsg.) (2002): Biographie und Leib. Gießen.
- v. Arnim, A. (1998): Funktionelle Entspannung als Therapie bei Autodestruktion. In: Wiese, J./Joraschky, P. (Hrsg.): Psychoanalyse und Körper. Göttingen, S. 27-51.
- Balint, M. (1988): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 7. Aufl. Stuttgart (Original: The Doctor, his Patient and the Illness. London 1964).
- Bieri, P. (Hrsg.) (1993): Analytische Philosophie des Geistes. (2. verb. Aufl.) Hain.
- Binswanger, L. (1992): Über Ideenflucht. Zürich 1933. Neuausgabe. In: Ausgewählte Werke Bd. 1. Heidelberg.
- Bittner, G. (1986): Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper? In: Psyche 40 (1986), H. 7, S. 709-734.
- Blankenburg, W. (1983): Der Leib als Partner. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 33 (1983), H. 6, S. 206-212.
- Brähler, E. (Hrsg.) (1986): Körpererleben. Heidelberg.
- Buytendijk, F.J.J. (1956): Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Heidelberg.
- Buytendijk, F.J.J. (1958): Mensch und Tier. Ein Beitrag zur vergleichenden Psychologie. Hamburg.
- Dewey, J. (1922): Human Nature and Conduct: An Introduction to Social Psychology. New York.
- Dörner, K. (1984): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Überarbeitete Neuauflage. Frankfurt/M.
- Dörner, K. (2001): Der gute Arzt. Stuttgart.
- Dörner, K. (2003): Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. München.
- Dux, G. (2000): Historisch-genetische Theorie der Kultur. Instabile Welten. Zur prozessualen Logik im kulturellen Wandel. Weilerswist.
- Eccles, J.C. (1994): Wie das Selbst sein Gehirn steuert. Heidelberg/München (Original: How the self controls the brain. Berlin 1994).
- Federn, P. (1926): Einige Variationen des Ich-Gefühls. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 12 (1926), H. 3, S. 263-274.
- Fenichel, O. (1983): Psychoanalytische Neurosenlehre. Band 1-3. Berlin Wien (Original: The psychoanalytic theory of neurosis. New York 1945).
- Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. In: Ders.: GW Bd 1. Frankfurt/M., S. 75-312.
- Freud, S. (1923b): Das Ich und das Es. In: Ders.: GW Bd 13. Frankfurt/M., S. 235-289 (Studienausgabe Band 3, S. 273-330).
- Frommer, J./Rennie, D.L. (2006): Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 56 (2006), H. 7, S. 210-217.
- Fuchs, T. (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart.
- Fuchs, T. (2006): Psychotherapie des gelebten Raums. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. In: Psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur 1 (2006), S. 286-303.
- Gadamer, H.G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 2.Auflage. Frankfurt/M.
- Gay, P. (1988): Freud. A Life for Our Time. New York – London.
- Gehlen, A. (1961): Anthropologische Forschung. Reinbek.
- Gehlen, A. (1974): Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. 10. Aufl. Frankfurt/M.
- Gekle, H. (1996): Tod im Spiegel. Zu Lacans Theorie des Imaginären. Frankfurt/M.
- Geyer, C. (Hrsg.) (2004): Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente. Frankfurt/M.

- Greenhalgh, T. (1998): Narrative based medicine in an evidence based world. In: Greenhalgh, T./Hurwitz, B. (eds): Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London 1998, S. 247-265.
- Gieler, U. (2005): Die Sprache der Haut. Das Wechselspiel von Körper und Seele. Düsseldorf.
- Gülich, E./Schöndienst, M. (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1 (1999), H. 3, S. 199-227.
- Gülich, E. (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises, M./Ditz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart, S. 73-89.
- Habermas, J. (2004): Freiheit und Determinismus. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 52 (2004), H. 6, S. 871-890.
- Herder, J.G. (1772): Abhandlung über den Ursprung der Sprache. Stuttgart.
- Herschbach, P. (2002): Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 52 (2002), H. 3/4, S. 141-150.
- Hildenbrand, B. (1999): Was ist für wen der Fall? Problemlagen bei der Weitergabe von Ergebnissen an die Untersuchten und mögliche Lösungen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1 (1999), H. 4, S. 265-280.
- Hoffmann, S.O. (2006): Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), A 672-674.
- Horkheimer, M./Adorno, T.W. (1947): Dialektik der Aufklärung. Amsterdam.
- Husserl, E. (1929): Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge. In: Ders.: Gesammelte Werke (Husserliana, Bd 1, hrsg. von S. Strasser). 2. Aufl. Den Haag 1973.
- Jaspers, K. (1963): Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil). In: Ders.: Gesammelte Schriften zur Psychopathologie. Berlin – Heidelberg – New York, S. 191-251.
- Jaspers, K. (1973): Allgemeine Psychopathologie. 9., unv. Aufl. Berlin – Heidelberg – New York.
- Kluge, F. (1999): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 23., erw. Aufl. (bearb. E. Seebold). Berlin – New York.
- Koerfer, A./Köhle, K./Obliers, R. (2000): Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2 (2000), H. 2, S. 87-116.
- Koerfer, A./Obliers, R./Köhle, K. (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 6 (2004), H. 4, S. 243-262.
- Koerfer, A./Obliers, R./Köhle, K. (2005): Das Visitengespräch – Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M./Ditz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart, S. 256-284.
- Kohut, H. (1976): Narzißmus. Frankfurt/M.
- Kohut, H. (1981): Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.
- Küchenhoff, J. (1992): Körper und Sprache. Heidelberg.
- Kütemeyer, M. (2003): Psychogener Schmerz als Dissoziation. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 5 (2003), H. 3, 203-219.
- Kütemeyer, M. (2006): V. von Weizsäcker: Besonnener Forscher. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), A-1290.
- Langenbach, M./Olderog, M./Michel, O./Albus, C./Köhle, K. (2005): Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. In: General Hospital Psychiatry 27 (2005), H. 1, S. 73-77.
- Langenbach, M. (2006): Die Bedeutung der Biographie für das subjektive Erleben einer Herztransplantation. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 8 (2006), H. 1, S. 29-70.
- Launer, J. (2002): Narrative-based Primary Care. A practical guide. Oxford.
- Loewald, H.W. (1986): Primärprozess, Sekundärprozess und Sprache. In: Psychoanalyse – Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. Stuttgart, S. 163-192.
- Löwith, K. (1930): Phaenomenologische Ontologie und protestantische Theologie. In: Zeitschrift für Theologie und Kirche NF 11 (1930), S. 339-364.

- Löwith, K. (1957): Natur und Humanität des Menschen. In: Ziegler, K. (Hrsg.): Wesen und Wirklichkeit des Menschen. Festschrift für Helmuth Plessner. Göttingen, S. 58-87.
- Lown, B. (2002): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart.
- Lucius-Hoene, G. (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft (2002), H. 3, S. 166-203.
- Marcel, G. (1953): Sein und Haben. Paderborn.
- v. Matt, P. (1996): Lyrik und Körperlichkeit. Das lyrische Reden als Wiedergewinn ausgegrenzter Erfahrung. In: Ders.: Das Schicksal der Phantasie. Studien zur deutschen Literatur. München, S. 78-90.
- Maurer, Y. (1987): Der Körper in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 138 (1987), H. 3, S. 49-60.
- Merleau-Ponty, M. (1996): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin (Original: Phénoménologie de la Perception. Paris 1945).
- O'Neill, J. (1985): Five bodies. The Human Shape of Modern Society. Ithaka & London.
- Payk T.R./Langenbach, M. (1986): Elemente psychopathologischer Diagnostik. Stuttgart.
- Peirce, C.S. (1878): How to make our ideas clear. In: Popular Science Monthly 12 (1878), S. 286-302. Zugänglich unter: <http://www.peirce.org/writings/p119.html> (03.07.2006)
- Plassmann, R. (1993): Organwelten: Grundriß einer analytischen Körperpsychologie. In: Psyche 47 (1993), H. 2, S. 261-282.
- Plessner, H. (1965): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin, 2.Aufl.
- Plessner, H. (1971): Die Frage nach der *Conditio humana*. Frankfurt/M.
- Plügge, H. (1962): Wohlbefinden und Mißbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie. Tübingen.
- Plügge, H. (1967): Der Mensch und sein Leib. Tübingen.
- v. Polenz, S. (1994): Und er bewegt sich doch. Ketzerisches zur Körperabstinenz der Psychoanalyse. Frankfurt/M.
- Popper, K.R./Eccles, J.C. (1989): Das Ich und sein Gehirn. München, Zürich (Original: The Self and its Brain. Berlin/Heidelberg 1977).
- Portmann, A. (1956): Zoologie und das neue Bild des Menschen. Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Hamburg.
- v. Rad, M. (1989): Der Beitrag der Psychoanalyse zur Medizin. In: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 39 (1989), H. 3/4, S. 91-95.
- Rosenthal, G. (2002): Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 4 (2002), H. 3, S. 204-227
- Roth, G. (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt/M.
- Ryle, G. (1969): Der Begriff des Geistes. Stuttgart (Orig.: The Concept of Mind, London 1949).
- Sarasin, P. (2001): Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914. Frankfurt/M.
- Scheidt, C.E./Huber, M. (2003): Neurologie. In: Adler, R.H./Herrmann, J.M./Köhle, K./Langewitz, W./Schonecke, O.W./v. Uexküll, T./Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. München – Wien – Baltimore, S. 1141-1158.
- Scheler, M. (1916): Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern – München (5. Aufl. 1966)
- Scheler, M. (1928): Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bern – München (8. Aufl. 1975).
- Scherer, M./Stanske, B./Wetzel, D./Koschack, J./Kochen, M.M./Herrmann-Lingen, C. (2006): Psychische Kosymptomatik von hausärztlichen Patienten mit Herzinsuffizienz. In: Herz 31 (2006), H. 4, S. 347-354.
- Schilder, P. (1923): Das Körperschema. Berlin.
- Schilder, P. (1935): The image and appearance of the human body. London.
- Schmitz, H. (1965): Der Leib. System der Philosophie. 2. Band. 1. Teil. Bonn.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik (Hrsg. H. Gausebeck, G. Risch). Paderborn.
- Schmitz, H./Sohst, W. (2005): Hermann Schmitz im Dialog. Berlin.

- Schmoll, D./Kuhlmann, A. (Hrsg.) (2005): Symptom und Phänomen. Phänomenologische Zugänge zum kranken Menschen. Freiburg – München.
- Searle, J.R. (1984): Geist, Hirn und Wissenschaft. Frankfurt/M. (Original: Minds, Brains and Science. The 1984 Reith Lectures. London 1984).
- Secord, P.F./Jourard, S.M. (1953): The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. In: *Journal of Consulting Psychology* 17 (1953), H. 5, S. 343-347.
- Sigusch, V. (1997): Metamorphosen von Leben und Tod. Ausblick auf eine Theorie der Hylomatie. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 51 (1997), H. 8, S. 835-874.
- Sigusch, V. (1998): Die neosexuelle Revolution. Über gesellschaftliche Transformationen der Sexualität in den letzten Jahrzehnten. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 52 (1998), H. 11, S. 1192-1234.
- Singer, W. (1991): Die Entwicklung kognitiver Strukturen – ein selbstreferentieller Lernprozeß. In: Schmidt, S.J. (Hrsg.): *Gedächtnis*. Frankfurt/M.
- Steinberg, M./Schnall, M. (2001): The stranger in the mirror. Dissociation. The hidden epidemic. New York.
- Steinberg, M. (1995): Handbook for the assessment of dissociation. A clinical guide. Washington.
- Thomä, H./Kächele, H. (1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen. 2.Aufl. Berlin – Heidelberg – New York.
- v. Uexküll, T. (1997): Biosemiose. In: Posner, R./Robering, K./Sebeok, A. (Hrsg.): *Semiotik*. 1. Teilband. Berlin – New York, S. 447-457.
- v. Uexküll, T. (1997): Endosemiose. In: Posner, R./Robering, K./Sebeok, A. (Hrsg.): *Semiotik*. 1. Teilband. Berlin – New York, S. 464-487.
- v. Uexküll, T./Wesiack, W. (1998): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3.Aufl. München – Wien – Baltimore.
- v. Uexküll, T. (2001): Körper-Sein, Körper-Haben – Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 51 (2001), H. 3/4, S. 128-133.
- Waldenfels, B. (1999): Krankheit als mangelnde Responsivität. In: Tress, W./Langenbach, M. (Hrsg.): *Ethik in der Psychotherapie*. Göttingen, S. 19-35.
- Weber, M. (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft*. (5., rev. Aufl., bes. von J. Winkelmann). Tübingen.
- Weiner, H. (1986): Die Geschichte der psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 36 (1986), H. 10, S. 361-391.
- Weiner, H. (1998): Immer wieder der Reduktionismus. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 48 (1998), H.11, S. 425-429.
- v. Weizsäcker, V. (1946): *Körpergeschehen und Neurose*. Stuttgart.
- v. Weizsäcker, V. (1940): *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Stuttgart.
- v. Weizsäcker, V. (1986): *Gesammelte Schriften*, Bd. 6 (Hrsg.: Achilles, P./Janz, D./Schrenk, M.). *Körpergeschehen und Neurose. Psychosomatische Medizin*. Frankfurt/M.
- v. Weizsäcker, V. (1988): *Gesammelte Schriften*, Bd. 9 (Hrsg.: Achilles, P./Janz, D./Schrenk, M.). *Fälle und Probleme. Klinische Vorstellungen*. Frankfurt/M.
- Wiesse, J. (1998): Mens sana in sano corpore. In: Wiesse, J./Joraschky, P. (Hrsg.): *Psychoanalyse und Körper*. Göttingen, S. 5-8.
- Winnicott, D.W. (1983): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt/M. (Original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Tavistock 1958).
- Wittgenstein, L. (1967): *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt/M.
- Zürcher, U. (2006): Übung: Natur oder Konstruktion? Der Körper in der Geschichte – die Geschichte des Körpers. Historisches Seminar der Universität Basel. [<http://www.isis.unibas.ch/download.php?id=3804>] (03.07.2006)